

DIFICULTĂȚI ÎN PSIHOTERAPIA COPIILOR CU ISTORIC DE INCEST

DIFFICULTIES IN PSYCHOTHERAPY OF CHILDREN WITH HISTORY OF INCEST

TOPADA-COROI Parascovia, doctorandă în cadrul Școlii
doctorale Psihologie și Științe ale educației USM, psiholog CNPAC
Orcid: 0009-0005-8456-8799

CZU: 159.954.2:343.541-053.2

Rezumat: Perturbarea traumatică a legăturilor timpurii cu obiectul, asemeni celor determinate de incest – în sensul definit în Codul penal al R. Moldova (art. 201), poate fi ameliorată doar între granițele unei relații terapeutice „suficient de bune”. Deziderat imposibil de realizat fără o analiză atentă a dificultăților care apar în procesul terapeutic, în special în utilizarea transferului și a contratransferului. În prezentul articol, mi-am propus să aduc în discuție câteva dintre dificultățile întâlnite în procesul terapeutic, în special cu copiii supraviețuitori ai unei agresiuni sexuale incestuoase. În același timp, fiind conștientă că o parte dintre aceste dificultăți pot fi întâlnite în oricare travaliu terapeutic. Am încredere că, capacitatea terapeutului de a renunța la omnipotență și nevoile narcisice de „succes” este vindecător pentru ambii participanți la procesul terapeutic.

Cuvinte cheie: incest, relație terapeutică, transfer, contratransfer

Abstract: The traumatic disruption of early bonds with the object, akin to those determined by incest as defined in the Penal Code of the Republic of Moldova (Article 201), can only be alleviated within the boundaries of a "sufficiently good" therapeutic relationship. This goal is impossible to achieve without a careful analysis of the difficulties that arise in the therapeutic process, especially in the use of transference and countertransference. In this article, I aim to discuss some of the challenges encountered in the therapeutic process, particularly with children who are survivors of incestuous sexual abuse. At the same time, I am aware that some of these difficulties may be encountered in any therapeutic endeavor. I trust that the therapist's ability to relinquish omnipotence and narcissistic needs for "success" is healing for both participants in the therapeutic process.

Keywords: incest, therapeutic relationship, transference, countertransference.

Un proces terapeutic, indiferent de tipul de terapie, este cu greu de imaginat, dacă nu imposibil în lipsa unei relații terapeutice. O relație care se construiește pe două nivele, unul conștient și unul inconștient. În prezentul articol vom alocă un spațiu mai mare celui de al doilea, ca element organizator al relației terapeutice. O dinamică transfer-contratransfer în interiorul căreia problematica sau suferința pacientului poate fi revăzută, interpretată, înțeleasă și elaborată în semnificațiile și sensurile cele mai profunde.

Transferul (Übertragung, din germană), care denumește mutarea, deplasarea sau transpunerea a ceva în alt ceva. În înțeles psihanalitic, se definește ca o actualizare a sentimentelor, conflictelor inconștiente și atitudinilor de apărare ale pacientului, desemnând transpunerea unor relații de obiect din trecut în relația din prezent pe care acesta o are cu terapeutul/ analistul său. El poate îmbrăca mai multe forme, cum ar fi un transfer pozitiv - vector al sentimentelor de iubire și tandrețe sau un transfer negativ, ce include sentimente ostile și agresive. Reacțiile, sentimentele inconștiente pe care le trezesc în terapeut/ analist conținuturile aduse de pacient sau relația analitică se numește **contratransfer**. Această dinamică a fost inițial observat de Șandor Ferenczi, apoi descrisă de Sigmund Freud în 1910, în „Perspective de viitor asupra terapiei analitice” și, desigur, în corespondențele cu Jung (1906-1914) și Binswanger (1908-1938). Ulterior dezvoltat de mulți alți psihanalisti, printre care Kenberg, Bion, Etchegoyen, Mettler, Lebovici, Neyrault.

Datorită presiunilor transferențiale ale supraviețuitorului incestului și propriilor noastre reacții contratransferențiale în fața materialului clinic, ne putem simți atrași în repuneri în scenă „simbolice” sau „reale”. Asemenea fenomene implică recrearea inconștientă, în cadrul terapeutic, a unor aspecte imperceptibile, disociate, ale reprezentărilor sinelui și obiectelor interne. Aspecte care nu pot fi verbalizate, dar care, prin intermediul mecanismelor proiectiv-introiective, în special prin identificarea proiectivă, pot circula încolo și înapoi între pacient și terapeut în reconstrucții uluitoare ale traumei incestului, elaborarea lor în fantasmă și infiltrarea lor, în cele din urmă, în relațiile interpersonale din prezent. Din aceste considerente, Freud susținea că „*psihanalistul trebuie să știe că el lucrează cu cele mai explozive forțe și are nevoie de aceeași precauție și conștiinciozitate ca un chimist*” [1 pag. 180]. De fapt, este destul de dificil să-ți îndrepti inconștientul către inconștientul pacientului, așa cum însuși Freud (1912) recomanda, atunci când excitația care însoțește reparația în transfer a introiectului sadic reprezintă tot ceea ce este mai profund rușinos și, simultan, mai greu de înțeles și mai dezorganizant. Este important să putem găsi o distanță potrivită, astfel încât să nu devenim prea detașați emoțional, la fel ca un „părinte” orb, neimplicat, care neagă violarea corpului și minții copilului supus abuzului incestuos. Dar, la fel de important este să nu ne comportăm prea seductiv, sau ca un salvator omnipotent. S-ar putea, prin aceste „tregeri în act” – a răspunde cu „pasiunea părintelui incestuos” sau cu „indisponibilitatea emoțională a unui părinte absent” - să repetăm situația traumatică experimentată de copil în istoria sa infantilă. De altfel, amintirile, afectele asociate și elaborările în fantasmă sunt activate și repetate în procesul transferențial, astfel încât supraviețuitorul abuzului sexual se poate simți, în fapt, abuzat în terapie. De exemplu, disponibilitatea terapeutului poate fi percepută ca o promisiune seductivă de ai oferi pacientului o compensație pentru tot ceea ce a pierdut sau a suferit [2, p.272]. Prin urmare, terapeutul are dificila sarcină de a menține acest echilibru fragil manifestându-și disponibilitatea constant, fără a interveni prea repede sau prea copleșitor.

Se întâmplă să alegem un stil mai activ, cu accent pe interpretare, din dorința ca vindecarea suferinței copilului, supraviețuitor al abuzului sexual, să se producă repede. Această „trecere în act” poate apărea sub presiunea așteptărilor părinților, a organizațiilor care achită serviciile sau a propriilor dificultăți de a conține suferința copilului. Ceea ce îl poate determina pe copil să reacționeze printr-o apărare intensă. Cum ar fi, să se „însănătoșească” brusc ca să ne mulțumească, doar sacrificându-și simptomele, fără a se vindeca. Recomandabil este să îi permitem copilului să simtă controlul asupra procesului de vindecare, control care i-a lipsit în situațiile de abuz. Să recreăm în terapie mediul de îngrijire descris de Winnicott. Deci, să îi oferim copilului/pacientului experiențe „suficient de bune”, cum sunt cele de *holding* (susținere) și *handling* („al purta în mână” la fel cum a fost purtat în brațele persoanelor de îngrijire primară) în „*ritmul*” lui. [4, pp.114-119]

O altă dificultate, în cazul copiilor care au fost aduși în terapie pentru o suferință cauzată de o agresiune sexuală incestuoasă sau nu, rezidă în tendința terapeutului de a favoriza prin ascultare un anumit tip de conținut. Manifestând uneori, o curiozitate suficient de dăunătoare dinamicii și succesului demersului terapeutic. Acest tip de „ascultare contaminată” poate apărea destul de des în cazul terapiei de copii, dar și în cazul pacienților adulți care ne-au fost recomandați. Bion ne recomanda să ascultăm „fără memorie și fără dorință”. [5, p. 365]. Deci, este necesar să găsim o distanță potrivită față de conținuturile psihice ale pacientului fără a favoriza pe careva dintre acestea, pentru a le putea gândi și simți, dar și pentru a face spațiu pentru orice ar putea veni de la pacient. La fel de important este să explorăm și reflexia pe care o are pacientul în noi, ce trezește acest pacient în noi, chiar înainte de a ajunge la cabinet. Michel Neyraut considera că contratransferul precedă transferul. Prin urmare, este important să pornim de la ideea că nu știm nimic despre acel pacient, ceea ce vedem este ceea ce se oglindește în noi. Să avem acel tip de curiozitate a cercetătorului, care se uită să vadă, să urmărească cu neutralitate, ceea ce se întâmplă în celălalt (pacient), în el însuși și în procesul terapeutic. Adică tot ce ar putea să împiedice procesul terapeutic și tot ce l-ar putea face să meargă înainte. „Curiozitatea” noastră poate fi influențată și de presiunea intensă, pe care o putem simți ca terapeut, de a confirma sau infirma

realitatea abuzului. Fie din nevoia copilului de validare și confirmare a amintirilor despre abuz, fie din nevoia părintelui de a crede în realitatea acestora. De altfel, și noi am putea pune la îndoială realitatea anumitor relatări sau amintiri despre abuz, dacă acestea ni se par prea crude, prea de neconceput. Acest sentiment de confuzie și irealitate poate fi amplificat mai mult de prezența reziduurilor traumatice necodificate verbal, care sunt simțite în același timp ca fiind acolo și ca fiind de nerecunoscut, pentru că nu pot fi numite. Gestionarea îndoielilor cronice ale copilului, dar și a conflictului încredere-neîncredere a părintelui protector referitor la realitatea incestului, ne pune la grea încercare. Ne întrebăm, cum putem menține neutralitatea și să ne comportăm abstinent, fără a fi, în același timp, ca părintele neglijent?

O altă dificultate care rezidă din această presiune pe care o simțim, este așteptarea ca pacientul să împărtășească cât mai curând „secretul” agresiunii la care a fost supus. Împărtășire care poate avea mai multe implicații și care poate întări sentimentul de vinovăție a copilului. Fie că o fantasmă sau o amenințare a părintelui incestuos sau celui „neglijent” se traduce în realitate. Pentru că aflarea secretului va produce o schimbare în dinamica familie (de ex. poate fi pornit un proces penal). Fie că pacientul conștientizează că se poate proteja de incest acum, împărtășind secretul, deci are capacitate de a se apăra. Prin urmare putea să se apere și în trecut. Nu rareori suntem martori la interogațiile chinuitoare ale copilului sau adolescentului supraviețuitor al incestului – „ce s-ar fi întâmplat dacă ași fi povestit atunci mamei, bunicii, mătușii”. Referitor la „păstrarea secretului” mai poate apărea o confuzie în mintea copilului, dar și a părintelui protector, atunci când introducem regula confidențialității. În acest context, este important să explicăm ce este confidențialitatea și limitele acesteia.

Ne mai putem „apăra” de suferința supraviețuitorului abuzului sexual prin intelectualizare, prin luarea unei poziții de neutralitate forțată, prin încercarea de a forța o anumită creștere postraumatică – cum ar fi să ne concentrăm doar pe punctele puternice ale pacientului, ignorând suferința pe care o trăiește, prin a aborda simptomele în mod particular, fără a le conecta cu suferința pacientului (prin tehnici cognitiv-comportamentale) etc. Sau, în cealaltă extremă, aliindu-ne cu copilul doar ca victimă, o atitudine care poate împiedica înțelegerea motivației copilului și a sentimentului de vinovăție care îl însoțește. De asemenea, ne putem lăsa absorbiți de propria indignare că un copil a fost agresat sexual, și, astfel, să pornim într-o „căutare” a celor vinovați, care nu mai este despre pacient și a fi acolo pentru el, devine doar despre noi.

O provocare este, de asemenea, și gestionarea neputinței, a vulnerabilității pe care o simțim când comportamentul de autovătămare sau acțiunile de punere în risc a vieții, se accentuează la pacient. Se întâmplă mai frecvent la începutul terapiei, dar poate apărea la orice fază a acesteia. Este important să fim conștienți că, deși statutul de victimă, de cel rău, este dureros pentru supraviețuitorul incestului sau a altei agresiuni, uneori este singura identitate pe care cunoscut-o. Se întâmplă ca pacientul să ne povestească despre diferite situații „pe muchie de cuțit”, să ne amenințe în ședință cu sinuciderea, să lase la vedere rănilor (crestările) proaspăt făcute sau să se lovească/ muște. În acest caz, este necesar să fim conștienți de coexistența sentimentelor de iubire și ură. Precum și că, s-ar putea, ca introiectul sadic al propriului agresor al copilului să fie pus în relație cu terapeutul. Și în aceste situații, este necesar să întărim capacitatea noastră de a procesa sentimentele și impulsurile puternice, deseori inconfortabile și nu punerea lor în act. Adică, să nu ne dorim să încheie prematur terapia copilului, să oferim justificări părintelui etc.

Nu rare sunt și situațiile în care, copilul/ pacientul, dezvoltă în raport cu noi un transfer pozitiv sau, mai degrabă idealizat. Dincolo de aportul benefic pe care îl poate avea acesta pentru întărirea alianței terapeutice și, în rezultat atingerea obiectivelor curei terapeutice. Transferul pozitiv, idealizant ar putea ridica mai multe probleme greu de gestionat. Uneori intensificarea sentimentelor pozitive de iubire din interiorul diadei pot fi determinate de capacitate redusă a supraviețuitorului abuzului sexual de ași regla stările de hiperexcitație care devin sexualizate. Alteori „iubirea de transfer” poate fi dezvoltată pentru a bloca accesul la transferul negativ; alternativ, se poate bănuși că pacientul/ copilul face un efort disperat, umflat artificial, pentru a simți ceva, orice, în loc de îngheț și o stare mortiferă. Atitudinea „seductivă” a micilor pacienți, poate fi, așa cum observase Ferenzi, o încercare de a face față angoasei pe care spațiul intim dintre

analist și pacient o presupune pentru acei pacienți la care există o confuzie a limbilor. Prin urmare „analistul nu are voie niciodată și sub nici un motiv să accepte sau să răspundă la tandrețea care i se oferă”, el trebuie să fie abstinent. Abstenența terapeutului îi transmite o informație prețioasă pacientului referitor la obligația părinților să se poarte abstinent față de copiii lor și atunci când comportamentul lor trebuie să fi fost ”seducător” sau atunci când emoțiile îi copleșesc. De asemenea, „își ajută pacientul să învețe de la el cum să învingă principiul plăcerii, cum să renunțe la o satisfacție imediată, dar nepermisă social, în favoarea uneia îndepărtate, poate și nesigure, dar fără nici o pată, atât din punct de vedere psihologic, cât și social” [1 p. 180]. Cu toate acestea Freud (1912) susținea că psihoterapeutul nu trebuie să fie transparent pentru pacient ci, asemeni unei oglinzi, care se lasă deformată cât mai puțin posibil de contratransfer [3, p.437]. Terapeutul se va lăsa „utilizat” ca obiect în această matrice relațională comportându-se abstinent, neutru, consecvent și demn de încredere. Această comunicare în relație va permite sinelui copilului să se descopere în celălalt (terapeut) și să își confirme sentimentul de sine. [6, 40] A accepta, însă, și a ne bucura de idealizare din partea pacientului, ca și tentația de a ne lăsa seduși de discursul acestora, are implicații profund narcisice. Freud observase că *încuviințarea cererii amoroase a pacientului este la fel de fatală pentru analiză ca și reprimarea acesteia* [1, p. 175].

Concluzii:

În lucru cu pacienții cu istoric de incest, este recomandabil ca terapeutul să conștientizeze și să formuleze în reprezentări de cuvânt, cel puțin pentru el, propriile reacții contratransferențiale în fața materialului clinic, a proceselor disociative, a punerilor în act, a *confuziei limbilor*, a presiunii exercitate de părinți, organele de drept sau organizațiile care achită serviciile de psihoterapie etc.

De asemenea, este necesar fie conștienți de nevoia extremă de siguranță terapeutică a acestor pacienți. Astfel, să le ofere un cadru terapeutic *demn de încredere, consecvent și non intruziv*, în sens winnicottian, care respectă regulile tehnice și etice. Astfel, să se comporte nici prea seducători, dar nici prea detașați emoțional. În același timp, să aibă grijă ca propriul său disconfort să nu-l facă să fugă de materialul sexual. Să nu încurajeze transferul idealizant. Să se abțină de la puneri în act „reale” sau „simbolice” etc..

Prin recunoașterea și abordarea dificultăților care apar în cura terapeutică a pacienților cu istoric de incest, psihoterapeutul își poate *susține* pacientul și familia acestuia în procesul de vindecare.

Bibliografie

1. FREUD, S. (2010). *Tehnica psihanalizei. Opere esențiale vol. 11*, București: Trei. 490 p. ISBN 978-973-707-342-6
2. McWILLIAMS, N. (2014) *Diagnosticul psihanalitic. Structuri de personalitate relevante în procesul clinic*. București: Editura Fundației Generația, ISBN: 978-973-1998-14-5
3. ANDRE, J. (2-10), *Forme de incest*, București: Editura Fundației Generația. 116 p. ISBN: 978-973-1998-07-7
4. WINNICOTT, D.W. (2006), *Spaima de prăbușire*. București: Editura Fundației Generația. 725 p. ISBN 973-86377-6-7
5. GREEN A., (2006), *Psihanaliza cazurilor limită*. București: Editura Trei, 479 p. ISBN (13) 978-973-707-092-0
6. ABRAM J. (2013) *Limbajul lui Winnicott*. București: Editura Fundației Generația, 530 p. ISBN 978-973-1998-12-1

Date despre autor: Parascovia Topada-Coroi, codul ORCID: 0009-0005-8456-8799; email: parascovia.topada@gmail.com; telefon 069813106; *doctorandă în cadrul Școlii doctorale Psihologie și Științe ale educației USM, psiholog CNPAC*